

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

159

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges CAÏN

Né à Paris, le 28 août 1902

Ancien Interne pr. des Hôpitaux et de la Maternité de Paris

L'HYDROHÉMATORRHÉE GRAVIDIQUE

SES RAPPORTS AVEC LA SYPHILIS
ACQUISE OU HÉRÉDITAIRE

Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^o, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges CAÏN

Né à Paris, le 28 août 1902

Ancien Interne pr. des Hôpitaux et de la Maternité de Paris

L'HYDROHÉMATORRHÉE
GRAVIDIQUE

SES RAPPORTS AVEC LA SYPHILIS
ACQUISE OU HÉRÉDITAIRE

Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARÉT.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale .	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	BRANCA.
	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 BROCC Pathologie chirurgicale
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
 CATHALA. . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . Physique.
 DONZELOT. . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER. . Pathologie chirurgicale
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . Hygiène.
 JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBE (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
 LIAN Pathologie médicale.
 MERCIER (F.) Pharmacologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU . . . Pathologie chirurgicale
 RICHEL . . . Physiologie.
 SÉZARY. . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE . . . Histologie.
 VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE. . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.. Clinique médicale.
LE LORIER . . Clinique obstétricale.

MM.

LÉRI Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
PROUST. . . . Clinique chirurgicale
SCHWARTZ. . . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY. Stomatologie.
CHAILLEY-BERT Education physique
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ. Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

*A LA MÉMOIRE DE MES TROIS COUSINS
MORTS POUR LA FRANCE*

Lieutenant ARNOLD KAHN

Disparu à Charleroi en août 1914.

Brancardier SYLVAIN WOLFF

Grièvement blessé à la Marne en septembre 1914.

Soldat CHARLES BLOCH

Tombé en Argonne en mars 1917.

A MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS BIEN-AIMÉS

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui a bien voulu me faire l'hon-
neur de présider ma thèse.*

*Hommage de ma respectueuse
reconnaissance.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Officier de la Légion d'honneur
Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

*Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse, a guidé mes premiers pas
en médecine, m'a toujours honoré
de sa précieuse bienveillance et
n'a cessé de me donner des preuves
de son estime.*

*Hommage de ma sincère recon-
naissance et de mon respectueux
attachement.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR LEMELAND

Accoucheur des Hôpitaux.
Professeur adjoint à la Maternité.

M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ DESCOMPS

Chirurgien de l'Hôpital de la Charité.

M. LE PROFESSEUR RUDAUX

Professeur à la Maternité.

M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD

Membre de l'Académie de Médecine.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CLERC

Professeur à la Faculté de Médecine.
Médecin de l'Hôpital Lariboisière.

M. LE PROFESSEUR BEZANÇON

Professeur de Clinique médicale.
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

M. LE DOCTEUR LEVANT

Accoucheur de l'Hôpital Beaujon.

M. LE DOCTEUR HUBER

Médecin des Hôpitaux.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VIGNES

Accoucheur de l'Hôpital de la Charité.

MM. LES DOCTEURS :

DENIKER, DESNOYERS
FIESSINGER et DESPLAS

A MES COLLÈGUES

MAYER et PRIOLLET

Internes des Hôpitaux.

A MES MAÎTRES

STAGE :

- 1922-1923. M. LE PROFESSEUR SERGENT
1923. M. LE PROFESSEUR GOSSET
1923-1924. M. LE PROFESSEUR CLERC
1924. M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE
1924. M. LE DOCTEUR RIVET
1924. M. LE PROFESSEUR CUNÉO

EXTERNAT :

- 1924-1925. M. LE DOCTEUR LAUNAY
1925. M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD
1925-1926. M. LE PROFESSEUR BEZANÇON
1926. M. LE DOCTEUR HUBER
1926-1927. M. LE DOCTEUR LEVANT
1927. M. LE PROFESSEUR CLERC

INTERNAT PR. :

1928. M. LE PROFESSEUR DESCOMPS
1929. M. LE DOCTEUR LEMELAND
1929. M. LE PROFESSEUR RUDAUX
1929. M. LE DOCTEUR POULARD
1930. Année non faite (service militaire).

AVANT-PROPOS

Avant de commencer cette thèse qui termine une partie de notre vie puisqu'elle marque la fin de nos études médicales, nous voudrions remercier tous les maîtres qui ont bien voulu nous accueillir dans leurs services, nous enseigner les beautés de la médecine, nous faire voir dans les malades non seulement des problèmes passionnants à résoudre mais encore de pauvres êtres auprès desquels le médecin a un rôle psychologique à remplir.

Qu'il nous soit permis de témoigner notre gratitude particulièrement à ceux de nos maîtres qui durant nos années d'internat ont été si bons pour nous.

L'HYDROHÉMATORRHÉE GRAVIDIQUE

INTRODUCTION

L'hydrohématorrhée déciduale au cours de la grossesse est loin d'être rare. C'est une affection connue depuis longtemps et à laquelle de multiples travaux ont été consacrés ; affection de diagnostic étiologique parfois délicat et qui peut assombrir le pronostic maternel et fœtal.

Ce n'est pas tant à la description clinique, au diagnostic ni même au traitement de l'hydrohématorrhée classique que nous nous arrêterons longtemps. Par contre, et c'est surtout là l'objet de notre thèse, nous insisterons sur les rapports de l'hydrohématorrhée avec l'endométrite ; nous verrons combien il faut chercher celle-ci à travers celle-là et quelles sanctions en découlent.

Nous voudrions aussi montrer l'intérêt de travaux récents qui, à côté de l'étiologie métritique de l'hydrohématorrhée, adjoignent une cause certainement moins rare qu'on ne le pense à cette affection ; nous voulons parler de l'étiologie syphilitique.

Et de cette façon nous rejoignons deux thèses qui ont été soutenues ces dernières années concernant la recherche de la signature spécifique de certaines albuminuries gravidiques.

La syphilis acquise et héréditaire et surtout cette dernière, car étant souvent méconnue elle n'est pas combattue, donneraient chez la femme enceinte, parmi le cortège d'accidents maternels ou fœtaux dont elles aiment à s'entourer, soit de l'albuminurie (M. DEVRAIGNE) (1) soit de l'hydrohématorrhée.

Loin de nous l'idée de poser l'équation abusive, hydrohématorrhée = syphilis ; mais nous voulons seulement dire qu'en présence d'une hydrohématorrhée qui ne fait pas ses preuves métriques ou autres, il faille penser à l'hérédo-syphilis ; et dans quelques cas un traitement viendra rendre justice à cette étiologie qui peut sembler hasardeuse. Du reste la thérapeutique par l'iodure de potassium prônée par Bonnaire, montre que déjà à cette époque on attaquait l'hydrohématorrhée par des anti-spécifiques.

Dans la première partie de cette thèse nous rappellerons succinctement les caractères de l'hydrorrhée ou de l'hydrohématorrhée gravidique.

Ensuite, dans une seconde partie, nous appuierons les rapports de cette affection avec la métrite toujours soupçonnée en face d'elle, en illustrant une

1. Devraigne. *Bulletin médical* du 26 déc 1929. Syphilis et albuminuries gravidiques.

statistique hospitalière avec quelques observations caractéristiques.

Par la même occasion, nous insisterons sur les arguments qu'apportent quelques-unes de ces observations en faveur de l'étiologie hérédosyphilitique de l'hydrohématorrhée.

Et nous achèverons notre travail en montrant comment certaines hydrohématorrhées peuvent par leur répétition et leur gravité faire discuter une thérapeutique délicate au double point de vue professionnel et déontologique : l'avortement thérapeutique.

HISTORIQUE

C'est à foison, que dans la littérature on trouve des études inspirées par l'Hydrohématorrhée ; maladie curieuse par son apparition, par l'infime ou le redoutable retentissement qu'elle occasionne sur la grossesse, par ses signes trompeurs qui lui ont longtemps donné le masque d'un écoulement amniotique.

Sous la plume de SALMUTH on trouve en 1648 la première relation d'hydrorrhée.

Au 17^e siècle, J. GUILLEMEAU décrit « *chez des femmes grosses, longtemps avant l'accouchement, un écoulement survenant GOUTTE A GOUTTE par anastomose, ou bruquement en abondance SOUS FORME DE FLOT* » deux caractères que nous retrouverons plus loin.

MAURICEAU raconte avoir observé « *des femmes qui ont jeté deux ou trois pintes avant d'accoucher* ».

Et note-t-il « *cette eau est hors de l'œuf, dans la matrice puisque l'accouchement ne se fait pas immédiatement après ces VUIDANGÈS* ».

Au 18^e siècle, on range l'hydrorrhée dans les hydropisies de la matrice, on discute sa production par la rupture d'hydatides ; DELAMOTTE très justement parle de poches entre les parois et les mem-

branes, et PUZOS pense que la naissance de ces eaux est due à la formation d'une poche amnio-choriale.

NÆGELÉ crée en 1822 le terme d'hydrorrhée pour remplacer celui de fausses eaux dont LEVRET recherche l'origine : « *Est-ce que ces fausses eaux ne seraient pas le liquide amniotique fourni par les porosités qu'on remarque aux parois de la cavité de la matrice.* »

Cette opinion est discutée. Avec MME LACHAPPELLE on rattache l'hydrorrhée à la rupture prématurée des membranes ; avec CAPURON à la rupture d'une poche amnio-choriale ; ou bien on se demande s'il ne s'agit pas d'une émission involontaire d'urine.

C'est à NÆGELÉ surtout et à GEIL que l'on doit la définition suivante de ce qu'ils appellent Hydrorrhée : « *écoulement d'eau provenant de l'utérus pendant la grossesse. Ni la femme, ni l'enfant n'en souffrent. L'accouchement se termine normalement* ». GEIL insiste sur le siège exact de cette Hydrorrhée « *inter uteri concavum et chorii convexam superficiem* ».

Depuis lors, l'opinion du savant de Heidelberg est admise aussi bien en Allemagne qu'en France (VELPEAU PAUL DUBOIS).

BRAUN, le premier, lie l'hydrorrhée à l'endométrite et en 1858, la thèse de BASSET rapporte au sujet d'une autopsie de DUCLOS des données anatomopathologiques confirmant l'hypothèse de NÆGELÉ.

Puis TARNIER décrit deux Hydrorrhées, l'une amniotique qui n'est que la rupture prématurée des membranes, l'autre, déciduale qui est le catarrhe

utérin de RETZIUS, HEGGAR et BRAUN, et qui détermine un décollement des caduques.

Cette division en Hydrorrhée amniotique et Hydrorrhée déciduale est de grosse importance car la première précède de peu l'avortement ou l'accouchement prématuré et la seconde est souvent accessible à la thérapeutique.

Enfin BONNAIRE enrichit l'hydrorrhée d'autres recherches, il décrit l'hydrohématorrhée et surtout il note l'hydrorrhée chez une femme ayant une métrite syphilitique.

Métrite, syphilis ; deux étiologies d'hydrohématorrhée qui reviendront souvent dans ce travail.

GENERALITÉS

L'émission soudaine, en jet, par les organes génitaux, au cours de la grossesse, d'un liquide transparent, clair comme de l'eau, plus ou moins abondant, incolore ou légèrement citrin, d'odeur fade, tachant peu ou pas le linge, ayant une origine utérine, constitue l'hydrorrhée gravidique simple.

Si le liquide est rosé, donnant une teinte grise entourée de cercles dégradés roussâtres, ou bien franchement hémorragique, il prend le nom d'hydrohématorrhée.

Constitution.

Incolore ou citrin, revêtant l'apparence de l'urine, ou rougeâtre, le liquide a une densité qui gravite autour de 1005. Il peut être jaunâtre, mélangé aux mucosités vaginales. Sa réaction est neutre ou alcaline ; son odeur fade, spermatique. Il contient de l'albumine en quantité variable mais pas de sucre, caractère intéressant chez une femme enceinte. L'urée y est trouvée dans la proportion de 2 à 10 grammes au litre. Notons encore la présence de chlorure de sodium et signalons qu'à l'examen cyto-

logique on décèle des cellules normales des muqueuses vaginale et utérine.

Caractères cliniques.

Qu'il s'agisse d'hydrorrhée ou d'hydrohématorrhée, le caractère clinique sur lequel nous devons insister car il est capital, est l'**insidieuse brusquerie** de l'épanchement.

Contrairement à la leucorrhée, aux vulgaires pertes blanches, où l'écoulement est continu, lent, permanent ; dans l'hydrohématorrhée le liquide survient brutalement, « *en jet* », surprenant la femme qui se sent subitement mouillée, inondée, après une marche, une fatigue quelconque (défécation par exemple). Elle oblige la malade à se garnir et parfois lui fait croire qu'elle perd ses urines.

Cet incident peut même survenir la nuit, la femme se réveille dans des draps trempés par un flot de liquide s'échappant des voies génitales. En effet, la quantité de l'épanchement est variable, pouvant aller de 30 grammes à 200 ou 300 grammes ; chiffres approximatifs car vu la rapidité de l'irruption, cette quantité n'a jamais pu être mesurée.

Ce liquide s'écoule donc « *en véritables décharges* », et nous voulons encore insister sur ce caractère pathognomonique.

Dans certains cas, il n'y a que deux ou trois accès. Dans d'autres l'écoulement persiste des heures :

« *Certaines femmes passent parfois des heures entières pendant lesquelles elles se sentent ainsi mouillées toutes les cinq ou six minutes* ». Dans cette phrase, CAULET montre encore le caractère paroxystique de l'écoulement.

Cette brusquerie de l'irruption s'explique facilement par la surdistension de l'utérus qui comprime le liquide accumulé entre les membranes et les parois utérines. Sous l'influence de cette contraction, la poche liquide s'étale, décolle les membranes jusqu'à l'orifice interne et s'écoule au dehors ; l'hydrorrhée est alors constituée.

Avant le 3^e mois de la grossesse, les caduques n'étant pas soudées, le liquide chemine doucement, sans à-coups et n'attire pas l'attention de cette femme qui croit avoir affaire à ses pertes blanches habituelles (nous verrons en effet plus loin l'interdépendance de l'hydrohématorrhée et de la métrite dans la majorité des cas). TARNIER désignait cette variété d'hydrorrhée déciduale sous le nom d'hydro-périone, car il croyait avec BRESCHET et VELPEAU que les caduques ne faisaient que s'accoler pendant toute la gestation.

« *Il sort brusquement par les organes génitaux la valeur de une, deux ou trois cuillerées à soupe d'un liquide généralement clair, souvent aqueux, quelquefois gommeux. Cet écoulement survient sans signes prémonitoires, ou bien il est précédé de quelques coliques, douleurs de reins. La santé redevient parfaite. Au bout de quelques jours de*

calme complet, même répétition, même malaise... » (TARNIER).

Après le 3^e mois, le liquide dont la tension augmente, décolle les membranes et c'est en flot qu'il fait irruption au dehors. Il s'agit alors d'**Hydrorrhée déciduale type**, simple phénomène catarrhal.

Mais l'effraction peut léser un vaisseau, réalisant l'**Hydrohématorrhée de Bonnairé**.

Enfin si l'hémorragie domine la perte d'eau et même la remplace complètement, on a affaire à une **Hématorrhée**. Son apparition correspond à un stade plus grave de l'évolution car elle indique des lésions anatomiques plus profondes, qu'il s'agisse de métrite exfoliative avec dégénérescence des fibres musculaires ou de véritable panmétrite. Cette hématorrhée consiste soit en petites pertes distillantes qui par leur répétition conditionnent un état d'anémie grave, soit en grosses hémorragies qui peuvent tuer la femme.

Aux deux caractères (soudaineté, pertes hydro-sanglantes) de ces formes d'hydrohématorrhée, il faut en ajouter un troisième. C'est la douleur.

Si l'hydrorrhée est souvent indolore, elle s'accompagne cependant parfois de douleurs légères non pas dues à la métrite mais causées par la congestion pelvienne. C'est cette sensation de pesanteur dont se plaignent ces femmes qui perdent de l'eau.

Mais c'est principalement l'hydrohématorrhée et

l'hématorrhée qui sont douloureuses à tel point que ces malades, viennent autant consulter pour leurs souffrances que pour leurs pertes. Il s'agit soit de simple pesanteur pelvienne, soit de coliques expulsives, soit surtout de douleurs à point de départ hypogastrique avec irradiations lombaires et abdominales rappelant le vieux rhumatisme utérin des auteurs. Cette localisation se comprend si l'on songe que les veines utérines gorgées de sang à cause de la congestion pelvienne, aboutissent aux veines rénales.

En résumé, qu'il s'agisse d'Hydrorrhée, d'Hydrohématorrhée ou d'Hématorrhée, on retrouve 3 caractères capitaux : brusquerie, pertes, douleurs.

Pathogénie.

Mais pourquoi y a-t-il production de liquide ? Abandonnant la version de MAURICEAU qui pensait à une transsudation du liquide amniotique à travers les membres de l'œuf, on admet aujourd'hui après GEIL et HÉGAR que ces eaux sont produites par la muqueuse utérine ou plutôt par la caduque, à la suite de l'hypertrophie et de l'hypersécrétion des nombreux culs-de-sacs glandulaires qu'elle contient ; lésion courante de l'endométrite.

Pourtant si cette endométrite est indécélable par les commémoratifs et l'enquête microscopique, on est bien forcé d'admettre dans certains cas l'im-

portance d'un facteur psychique (émotions), d'un facteur traumatique (chute) d'une congestion passive et surtout, insistons-y encore, d'une hérédosyphilis, pour expliquer la production de quelques hydrorrhées soi-disant essentielles.

Étude étiologique, anatomo-pathologique et clinique des rapports de la grossesse avec la métrite et la syphilis, facteurs d'hydrohématorrhée

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

La fréquence de la coexistence de la grossesse et de l'endométrite, malgré l'action stérilisante de cette dernière est une notion banale. Et de la fécondation des utérus métritiques, découlent souvent des accidents qui viennent compliquer l'évolution de telles grossesses.

D'une part, étude délicate, discutable et discutée que celle des relations cliniques de la grossesse et de la métrite vu le polymorphisme et la fréquence de l'infection à la base.

D'autre part, étude intéressante par la gravité évolutive qu'apporte la seconde à la première avec ses risques d'accidents maternels et fœtaux.

La métrite, infection par les microbes les plus divers de la muqueuse utérine se fait par auto et surtout hétéro-infection. Dans l'utérus sain, amicrobien, des germes à la suite de multiples causes

(principalement infection puerpérale et vaginite gonococcique) viennent cultiver. Il est bien évident du reste que nous n'envisageons ni les métrites du col puisqu'elles entraînent la stérilité momentanément ou définitivement, ni les métrites aiguës qui contre indiquent d'ailleurs les rapports et qui demandent à être traitées pour permettre une fécondation ultérieure.

Cette métrite chronique compatible avec le développement temporaire de l'œuf, n'est du reste pas toujours aisée à mettre en lumière. En effet si certaines métrites s'individualisent nettement par leur cause locale (blennorragie, syndrome entéro-génital, infections, intoxications, fibrome, cancer), par contre il en est d'autres dont l'étiologie est obscure (infection antérieure silencieuse, troubles endocriniens complexes, diathèses neuro-arthritiques causées par la congestion et la sclérose utérine chez des femmes nerveuses, fausses métrites de DOLÉRIS, RÉCAMIER et SIREDEY, affections dyscrasiques, traumatismes).

Mais dans cette seconde catégorie de métrites il faut avant tout mettre en vedette l'étiologie infectieuse chronique tuberculeuse et surtout spécifique. Et nous marquerons avec certains auteurs (M. DEVRAIGNE) (1) le rôle primordial d'une syphilis discrète, méconnue ou niée, d'une hérédo-syphilis ignorée qu'on extirpe d'antécédents que le spiro-

1. DEVRAIGNE, *Syphilis héréditaire larvée. Revue médicale française*, 1929.

chète a signés, qu'on décèle par une disproportion fœto-placentaire à elle seule caractéristique, ou qu'un Bordet-Wassermann vient confirmer; sans cependant attacher à cette dernière recherche une valeur incontestée. Car un W. négatif ne prouve rien; il faut savoir en effet [LAFFONT et MÈLE (D'ALGER)] (1) que la valeur de la réaction de B.-W. est abaissée chez les femmes dans les antécédents desquelles on relève l'expulsion de fœtus morts ou macérés (35 % au lieu de 56 % de réactions positives). La réaction de B.-W. est souvent positive dans le sang des cordons des enfants ultérieurs de ces femmes alors qu'il reste négatif chez la mère. Comme l'a dit M. COUVELAIRE (2) « le réactif obstétrical » est souvent bien plus sensible que l'analyse sérologique pour dépister une syphilis inavouée, latente ou méconnue.

Le domaine de l'hérédo-syphilis est infiniment plus vaste que certains ne veulent le croire. FOURNIER a puissamment insisté sur cette notion redoutable de transmission héréditaire même à deux générations de l'infection spécifique. Pourquoi donc nier cette étiologie sous prétexte que les réactions sérologiques sont muettes (voir plus haut), que les stigmates banaux d'hérédo manquent, que les antécédents des parents sont vierges (seulement en appa-

1. LAFONT et MÈLE (D'ALGER), *Valeur de la réaction de Wassermann au cours de la grossesse. Gynécologie et Obstétrique*, n° 4, tome XVII, année 1928.

2. COUVELAIRE, *La Syphilis dans ses rapports avec la fonction de reproduction*. Conférence de la Clinique Baudelocque, mai 1922.

rence) alors que l'on a à sa disposition un traitement pierre de touche qui en améliorant l'infection la prouve ! Il faut et l'on doit penser à la syphilis héréditaire sournoise, faire devant elle un « diagnostic de sentiment » (M. RIBADEAU-DUMAS) et c'est souvent à l'accoucheur que cette tâche incombe, d'autant plus qu'il est parfois en son pouvoir de prévoir l'hérédo-syphilis avant la naissance. *Pendant la gestation, la mort de l'enfant est la conséquence dans 41 % des cas de syphilis avérée, dans 17 % de syphilis probable* (M. COUVELAIRE). Et pourquoi ne rendrait-on pas le tréponème responsable de ces hydro-hématorrhées qui tuent l'enfant ? Est-ce que c'est parce que la mère et le père se prétendent sains et en ont l'apparence... *Dans 95 % des cas la syphilis congénitale chez l'enfant* (nous ajouterons et chez l'adulte) *reste ignorée* (LEREDDE). Ce n'est qu'à la faveur d'une gestation qu'elle se dévoile ; « la gravido-réaction » (BAR) devient positive. Et ne peut-on pas ranger certaines hématorrhées dans le chapitre du reste controversé qui contient les prématurés, les monstres, les moles, les hydramnios, les gemellaires uni-vitellines. *Le syphilitique héréditaire peut sans accidents contaminer sa femme et ses enfants* (M. MARCEL PINARD). Quelques auteurs disent avec raison qu'il peut contaminer les conjoints de ses petits-enfants et même ceux de ses arrière-petits-enfants, notion qui ne doit pas sembler inconcevable à ceux qui connaissent le polymorphisme des manifestations hérédo-syphilitiques. Le professeur HUTINEL dit que la

syphilis peut se transmettre des parents aux enfants pendant plusieurs générations alors que l'infection originelle est définitivement éteinte et oubliée. M. TIXIER (1) est d'avis « que les faits les plus dissemblables en apparence démontrent combien il faut s'attacher au traitement des descendants des syphilitiques même lorsqu'ils ne présentent ni accidents cliniques, ni stigmates, puisqu'il peut y avoir des réveils tellement tardifs de la virulence du tréponème qu'une génération a pu pendant toute son existence, demeurer indemne d'accidents et transmettre malgré cela, la tare héréditaire ».

Nous nous excusons d'avoir peut-être un peu trop insisté sur cette étiologie spécifique mais pour nos maîtres que nous avons consultés et pour nous, elle a une grosse valeur dans l'hydrohématorrhée comme nous essaierons de le démontrer tout le long de ce travail.

1. L. TIXIER, *Il faut traiter les hérédo-syphilitiques apparemment sains. Revue médicale française*, 1929.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Gravité évolutive de l'hydrohématorrhée avous-nous dit précédemment ; elle s'explique aisément par l'importance des lésions anatomiques.

L'utérus métritique gravide présente, en règle, des altérations de toutes ses parties constituantes.

La muqueuse est hypertrophiée sur un à plusieurs millimètres ; son aspect devient vallonné, boursofflé, kystique et même purulent. Elle présente des lésions glandulaires s'étendant jusqu'à la musculieuse avec production abondante de mucus.

La caduque utéro-placentaire est le siège de congestion vasculaire intense et de thromboses vasculaires, infiltrant un tissu où l'on trouve des amas de cellules déciduales et interstitielles nécrosées avec diapédèse leucocytaire intense et formation de plasmazellen. On peut même y trouver de petits kystes dans lesquels WALTER ALBERT et le professeur BRINDEAU ont décelé le gonocoque.

L'épithélium perd son revêtement vibratile, il s'aplatit, devient cubique et tend à prendre l'aspect pavimenteux.

Le parenchyme musculaire est aussi atteint. Il

s'hypertrophie par augmentation du tissu conjonctif hyperplasié, aux dépens des éléments nobles qui subissent la dégénérescence graisseuse.

De telles lésions profondes expliquent que le placenta contracte avec l'utérus des adhérences anormales difficiles à vaincre.

CHAPITRE III

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Dans un tel utérus on conçoit que la nidation bien connue depuis les travaux de VON SPEE et DE PETERS et que la nutrition de l'œuf soient difficiles et exposées à des accidents.

Rencontrant un tissu profondément altéré, l'œuf peut dans sa migration s'arrêter très haut et faire sa nidation au niveau d'une corne bien que la caduque y soit plus mince (zones maigres et grasses de la caduque DE BAR) produisant alors une **grossesse angulaire** surtout chez les primigestes. Ou bien il peut descendre très bas, éventualité plus commune chez la multigeste (qui a plus de chances d'avoir un passé gynécologique, donc une métrite que la primigeste) chez qui se fait alors **l'insertion placentaire basse** (HOFMEIER, KALTENBACH). Parfois la muqueuse altérée n'est pas assez nutritive, l'œuf par ses villosités choriales corrode une caduque insuffisante et perforant cette muqueuse épaissie mais friable s'implante dans la musculuse même (**adhérences anormales du placenta**). Notons encore les placentas marginés ou bordés qu'on attribue à l'endométrite.

Les difficultés rencontrées à sa nidation, l'œuf les retrouve augmentées lorsqu'il s'agit de se nourrir. Entre chorion et paroi musculaire utérine, naissent des suffusions aqueuses ou sanguines dues soit à l'hypersécrétion des glandes du corps, soit à l'effraction d'un vaisseau par l'action corrosive des villosités sur les capillaires de la muqueuse congestionnée.

Ce qui précède sera plus explicable quand l'infection en cause sera la syphilis acquise ou héréditaire, grand facteur de sclérose et d'hypertension. Et on conçoit alors que l'endométrite résultante, sera d'autant plus rebelle que sa véritable cause n'est pas soupçonnée. Nous voudrions dans notre thèse, rendre justice à cette étiologie (parmi d'autres), étiologie à laquelle selon nous on ne donne pas une place suffisante.

L'écoulement des sécrétions facile jusqu'au 4^e mois, est barré plus tard par la fusion des caduques. Ainsi se trouvent formées des cavités kystiques susceptibles d'être vidées sous l'influence des contractions utérines et dont l'existence a été démontrée par l'observation classique de DUCLOS (autopsie de jeune femme suicidée au 6^e mois de sa grossesse) que nous allons brièvement rappeler.

« A l'ouverture de l'utérus on constata que les membranes de l'œuf ne présentaient aucune trace de rupture, leur intégrité était normale, le fœtus avait tous les caractères de son âge. Entre la face interne de l'utérus et les membranes se trouvaient deux poches remplies

« d'un liquide transparent, ayant la plus grande ressemblance avec les eaux de l'amnios. »

Et nous voyons ainsi toute l'importance de l'anatomie pathologique qui conduit insensiblement de l'endométrite déciduale à l'hydrohématorrhée.

Du reste, comme l'ont prouvé les travaux de ROBIN, D'HEGGAR, DE MARS, DE MARKOWSKY on trouve souvent sur les caduques des femmes ayant présenté de l'hydrohématorrhée des lésions dues à une endométrite que les commémoratifs dévoilent largement.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

L'hydrohématorrhée se démasque au cours de la grossesse par des pertes hémorragiques ou pseudo-leucorrhéiques. Pertes séreuses prises pour des écoulements vaginaux surtout si la femme avait une leucorrhée ancienne ; pertes souvent précoces, abondantes, incolores. D'abord continue et peu marquée, cette hydorrhée peut revêtir ensuite une allure intermittente par l'évacuation brutale, en vomique, des poches kystiques. L'écoulement peut rester aqueux, poissant le linge, incolore d'une façon permanente ; mais il lui arrive de se teinter de sang, réalisant l'hydrohématorrhée chez des femmes qui de bonne foi, pensent encore être réglées et trompent un médecin non averti, lequel pourrait, erreur grave, pratiquer un cathétérisme utérin.

Plus souvent les hémorragies surviennent selon un rythme variable, mais plus volontiers dans la 2^e partie de la grossesse, pouvant par leur abondance faire naître des inquiétudes. Par leur répétition elles produisent une anémie prononcée, les hématies atteignent le million, le taux d'hémoglo-

bine tombe au-dessous de 35 % ; symptômes d'un état général sérieux, même alarmant, qui exige un traitement impératif.

En général du reste, l'hydrohématorrhée interrompt la grossesse et l'utérus expulse l'œuf avant que la femme n'arrive à cette redoutable anémie. Avortement inévitable si une thérapeutique n'a pas été instituée, et souvent malgré elle. Avortement d'autant plus dangereux qu'il est plus tardif, survenant chez une femme fatiguée, proie facile offerte à l'infection et au shock obstétrical le plus minime.

Si la femme est plus résistante, si les hémorragies ont été rares et peu abondantes, la grossesse peut se prolonger et se dénouer par un accouchement prématuré ou à terme. Mais même dans cette éventualité favorable il ne faut pas se hâter de porter un pronostic ; parfois l'hydrohématorrhée métritique n'a accordé à la femme qu'un sursis limité au temps de gestation.

L'accouchement même à terme est alors grevé de complications dont la nidation anormale est responsable comme nous l'avons vu précédemment. Insertion vicieuse du placenta qui s'implante dans la portion de muqueuse moins touchée par le processus métritique, donc dans les trois angles de la cavité utérine (cornes, isthme) que M. PINARD appelle les zones pauvres ; régions de mauvais terrain pour la greffe de l'œuf et dont on sait à combien d'accidents elles exposent (placenta prævia, enchâtonnements dans une corne).

D'autres fois à travers la muqueuse dégénérée, l'œuf contracte de profondes adhérences en plein muscle qui obligent l'accoucheur à pratiquer une délivrance artificielle difficile en ce qu'il doit sculpter véritablement le placenta dans l'épaisseur de l'utérus ; manœuvre éminemment propre à l'éclosion ultérieure d'une infection grave.

Enfin même quand l'accouchement a échappé à ces divers périls, il n'est pas jusqu'à l'infection latente du col et des voies génitales inférieures qui n'expose la femme avec une menaçante fréquence à l'infection puerpérale du post-partum, malgré toutes les précautions dont on s'est entouré.

Nous ne voulons pas cependant noircir le pronostic ; ce serait une erreur importante. Il faut savoir que la grande majorité des grossesses qui évoluent dans des utérus métritiques arrivent à terme normalement et ne sont suivies d'aucun ennui heureusement, à part l'exacerbation que la grossesse peut donner à la métrite. Il n'en est pas moins vrai que ces accidents sont courants et assombrissent dans une proportion notable les statistiques obstétricales.

CHAPITRE V

CLINIQUE

Nous avons pu établir un état approximatif moyen des complications des grossesses métritiques entachées ou non d'hydrohématorrhée, en recherchant leur fréquence dans un ensemble aussi complet et varié que la population de la Maternité de Lariboisière. Dans ce service dont le recrutement se fait en parties égales directement et par envoi de femmes venant de ville (femmes accouchées chez des sages-femmes) nous avons pris comme base d'étude les parturientes du 1^{er} trimestre de 1929.

Pendant ces 3 mois, sur 535 accouchements dont 138 avant terme (prématurés ou avortements) nous trouvons chez 52 femmes des symptômes indiscutables de métrite ; pertes abondantes, jaune verdâtres, avec paroxysmes pré-menstruels, vaginite granuleuse avec érythème en ailes de chauve-souris, végétations vulvaires, bartholinites, douleurs rebelles ayant souvent demandé des traitements longs, pénibles et infructueux.

Ces 52 femmes, formant le dixième de l'effectif obstétrical de la période considérée, ont été triées de

telle sorte que pour expliquer les accidents dont leur grossesse a été chargée, on ne peut invoquer aucun autre facteur que l'endométrite.

Nous avons en effet soigneusement éliminé de notre statistique les femmes métritiques présentant en outre une affection suffisante à elle seule pour expliquer les accidents gravidiques constatés (cardiopathie mal supportée, infection ou intoxication aiguë, tuberculose évolutive, albuminurie, syphilis en pleine activité).

En dehors de ces cas si l'on cherche à établir avant ou surtout après les accidents la cause de la métrite, il est bien rare que l'on ne trouve pas une étiologie complexe.

La découverte d'une cause locale d'infection utérine est de première valeur pour établir l'étiologie locale de la métrite ; à cet égard la recherche des antécédents d'une part (accouchements antérieurs dont les suites ont été fébriles), blennorragie d'autre part, sont précieux.

Notons que la gestation (BALARD) (1), se voit chez 15 à 20 % des gonococciques bien que fréquemment le microbe de Neisser soit indécélable. La gonococcie sans être une véritable avorteuse cause les avortements par l'endométrite qu'elle provoque.

Rappelons aussi la forte proportion de colibacilles trouvés dans une étude systématique de la flore microbienne des métrites (M. RUDAUX).

1. Balard, *Gazette hebdomadaire des sociétés médicales de Bordeaux*, n° 40, 1926.

Même alors qu'une cause locale a été découverte, l'examen général nous a fait souvent trouver une affection qui a pu être un facteur hautement favorisant pour la métrite.

C'est ainsi que chez des parturientes atteintes de métrite typique, alors que l'examen viscéral complet avait été parfaitement négatif, la trouvaille d'une forte disproportion fœto-placentaire avec une malformation du nouveau-né nous a frappé au plus haut point. Et s'est posée maintes fois devant nous la question tant controversée des rapports de la métrite et de la syphilis.

La métrite comme la syphilis, « grande avorteuse » (BAR) est un facteur d'interruption de grossesse ; à plus forte raison si ces deux étiologies agissent de concert. Nous rappelons à ce sujet l'observation de Bonnaire, vue plus haut, concernant l'hydrorrhée chez une femme ayant une métrite syphilitique. *La métrite parenchymateuse d'origine gonococcique demande pour se développer le terrain favorable que lui crée la syphilis* (CARLOS ALBERTO COSTANOS) (1).

Du reste, dans un ou deux cas, la coexistence d'une métrite évidente, d'une grossesse compliquée d'hydrohématorrhée et d'une albuminurie chez une femme porteuse de stigmates spécifiques nous a semblé être une confirmation probable de la nature spirochétosique de cette poly-affection.

1. CARLOS ALBERTO COSTANOS, *Gynécologie et Obstétrique*, n° 2, tome XVIII, 1928.

Nous voyons donc que c'est dans des circonstances très variables que doit se poser le diagnostic de la métrite au cours de la grossesse. Il faut toujours songer à une telle coexistence devant toute hydrohématorrhée même si la métrite s'estompe derrière les symptômes mêmes de l'hydrohématorrhée.

Pour mettre en évidence le polymorphisme clinique de ce syndrome nous avons cherché dans l'ensemble des 52 observations les tableaux d'hydrorrhée ou d'hydrohématorrhée les plus capables d'illustrer l'étiologie métritique ou hérédo-spécifique qui selon nous a une grosse importance.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

**Hydrohématorrhée précoce typique
consécutive à une endométrite blennorragique
indiscutable. Avortement.**

Éventualité la plus fréquente, l'écoulement débute tôt, dès le 2^e mois de la grossesse ; aqueux d'abord, ne tarde pas à s'empourprer de sang. C'est alors que les hémorragies se répétant, le médecin discute le problème redoutable et délicat de l'opportunité d'un avortement thérapeutique.

Typique à cet égard est l'observation suivante :

Mme P... Suzanne, 28 ans, 2^e pare.

Avait présenté depuis sa 1^{re} grossesse qui avait été normale (enfant actuellement bien portant, âgé de 6 ans) des pertes perpétuelles, abondantes, épaisses, jaune verdâtres avec paroxysmes prémenstruels, nécessitant une garniture constante, et s'accompagnant de vives douleurs abdominales. Dès lors les règles ont perdu leur ancienne régularité et leur abondance.

Dès le 2^e mois de la grossesse actuelle (D. R. = 20 oct. 1928) apparaissent des écoulements rosés puis franchement hémorragiques, d'abord intermittents, puis permanents, avec évacuation de gros caillots.

Examen à l'entrée le 21 janvier 1929 :

Utérus globuleux à 3 travers de doigt de la symphyse ;

Col ramolli non perméable mais hypertrophié et irrégulier ;

Culs de sacs tendus.

Grâce au traitement (repos, lavement laudanisé) la menace d'avortement diminue mais les hémorragies persistant pendant 12 jours rendent inquiétant l'état de la malade :

Anémie intense avec muqueuses décolorées ;

Douleurs ;

Pouls à 100 ;

T. A. à 10/6 1/2.

Mais le chiffre de numération globulaire reste supérieur à 2 millions (2.300.000) et le taux d'hémoglobine dépasse 35 %.

Un B.-W. pratiqué est négatif.

Devant l'asthénie prononcée de la malade, et l'apparition de clochers oscillant autour de 38°, la question se pose d'un avortement thérapeutique.

La malade réalisa elle-même ce traitement et le 9 février 1929 expulsa spontanément un œuf d'environ 3 mois. Dès lors les hémorragies cessent et l'état général remonte rapidement.

C'est dans des conditions analogues à celle où se trouvait une telle malade que les hydrohématorrhées peuvent en se prolongeant donner lieu à des accidents très graves au cours de l'avortement spontané ou provoqué.

On comprend alors combien est impérieuse la question de l'évacuation utérine : on comprend aussi la difficulté du problème moral, clinique et déontologique qu'elle présente au praticien.

La plupart des signes que l'on a donnés pour

déterminer le moment de l'évacuation ont été contestés.

1° On a proposé l'accélération permanente du pouls au-dessus de 100 (PINARD) ;

2° Une température au-dessus de 37°8 ;

3° Un nombre de globules inférieur à 2 millions (BONNAIRE). Etant donné la mauvaise qualité et l'inégalité fréquente des globules rouges (anisocytose, hématies nucléées), étant donné les renseignements souvent insuffisants dépendant des opérateurs, les instruments qu'elle exige ; la numération globulaire n'est pas à la portée de tous les praticiens dont elle réclame une éducation spéciale. Par contre, comme les hématies n'ont de valeur qu'en raison directe de l'hémoglobine dont le dosage par la méthode colorimétrique est facile à faire au lit des malades sans exiger de connaissances spéciales, il est plus sûr de remplacer la numération globulaire par l'hémoglobinométrie. Dès que le dosage de l'hémoglobine a atteint 35 et au-dessous avec l'hémoglobinomètre GOWERS ; 5,5 avec l'hémochromomètre de MALASSEZ, il faut intervenir (M. DEVRAIGNE) (1).

1. LOUIS DEVRAIGNE, *Valeur du dosage de l'hémoglobine dans la pratique des accouchements*. Thèse de 1906.

OBSERVATION II

Hématorrhée simple et douloureuse sans hydorrhée.

Avortement.

Il s'agit ici d'une hématorrhée contre laquelle la thérapeutique a été impuissante et qui s'est terminée par un avortement de 4 mois. L'état de la femme n'a jamais été très inquiétant malgré l'abondance des hémorragies.

Mme C... Marguerite, 23 ans, 2^e pare.

1^{re} grossesse normale en 1924.

La femme depuis 1924 présente des pertes blanches abondantes ; elle entre à l'hôpital le 27 janvier 1929 ; enceinte de 3 mois 1/2 environ (D. R. = 9 au 17 septembre 1929), parce qu'elle souffre de crises abdominales intenses accompagnées d'expulsion de liquide rosé. Malgré les divers traitements institués avant l'entrée à l'hôpital ces pertes avaient continué, et en décembre 1929 il y avait même eu une hémorragie plus abondante qui avait fait suspecter une menace d'avortement.

Aucun antécédent pathologique appréciable.

A l'examen le 27 janvier 1929 :

Col ramolli.

Corps globuleux remontant à 3 travers de doigts au-dessus de la symphyse.

Perception de l'annexe droite sensible.

Et on pose le Δ de grossesse angulaire ou de grossesse avec métrite.

Malgré le repos absolu, la malade présente le 29 et le 30, des pertes hémorragiques nocturnes, un peu fétides.

Examen le 1^{er} février 1929 :

Masse utérine augmentée de volume, à mi-chemin entre la symphyse et l'ombilic.

T. R. même sensation.

Le 4, les pertes hémorragiques continuent avec douleurs abdominales.

Le 14, examen globulaire :

Sang : 4.150.000.

Hémoglobine : 75 au Gowers.

B.-W. : négatif.

Le 25, violentes douleurs abdominales au milieu desquelles se produit un avortement de 4 mois.

1^{er} temps, expulsion du fœtus : 30 gr.

2^e temps, placenta petit, scléreux, avec infiltration hémorragique et infarctus blancs organisés, placenta truffé.

Nous voyons que dans ces 2 cas l'hématorrhée est survenue chez des femmes porteuses d'une métrite blennorragique ancienne soupçonnée par l'interrogatoire, confirmée par le microscope. Vu la fréquence de la blennorragie et vu la rareté relative de l'hydrohématorrhée, nous ne dirons pas que la première fait toujours naître la seconde, ce qui serait une erreur grossière, mais nous dirons par contre que l'hydrohématorrhée survient plus volontiers sur un terrain préparé par le gonocoque.

OBSERVATION III

Hydrohématorrhée typique précoce

où l'on peut discuter la part de l'hérédosyphilis.

Accouchement prématuré.

Mme M... Marthe, 24 ans, 3^e pare, grossesse de 7 mois (D. R. = 30 juin 1928).

A. H. père mort de congestion cérébrale à 45 ans.

A. P. anémie.

A. O. 1^{re} grossesse en 1923, enfant mort à 21 jours de malformation gastrique, vérifiée à la nécropsie.

2^e grossesse en 1925, normale, enfant vivant actuellement.

La femme souffre depuis 2 ans de menstruations irrégulières.

Depuis le début de la grossesse actuelle, elle présente des pertes blanches et rouges importantes.

L'hydrorrhée a débuté dès le 1^{er} mois de la grossesse. Remplaçant les pertes muqueuses légères et intermittentes dont la femme était atteinte avant sa grossesse, sont survenues des pertes continuelles et abondantes. La malade dit « être toujours trempée d'eau ».

Dès le début du 2^e mois les écoulements aqueux deviennent rosés, puis franchement rouges et ils ont continué jusqu'à l'entrée à l'hôpital, c'est-à-dire du 2^e au 7^e mois.

Mais s'opposant à l'hydrorrhée du début, cette hématorrhée est indolore, irrégulière dans son aspect (rosée ou rouge ou avec caillots), dans son abondance, dans son apparition.

Elle accompagne les écoulements hémorragiques qui eux sont permanents. Tous symptômes qui n'ont pas inquiété la malade malgré l'anémie importante dont ils s'accompagnaient. Et elle ne vient à la Maternité de Lariboisière le 12 février 1929 que parce qu'elle ressent des douleurs à type expulsif.

Examen : femme anémiée. Pouls à 95. T. A. : 12/8.

Utérus gravide de 7 mois environ.

Globuleux, tendu, douloureux ; ne permet pas d'apprécier la présentation.

T. V. : début de travail.

Col long, perméable.

Tête engagée partie haute de l'excavation, poche des eaux intactes.

B. D. C. +.

Malgré la thérapeutique d'urgence instituée (1 cmc. de morphine, 2 lavements laudanisés, repos complet) on ne peut arrêter la progression du travail.

Et la femme accouche le 15 février d'une fille de 1.290 gr. en état de mort apparente qui peut cependant être ranimée.
Expulsion immédiate du placenta de 460 gr.

Dans ce cas il faut souligner particulièrement les antécédents :

1^o Père mort à 45 ans de lésions cérébrales :

2^o Premier accouchement en 1923 d'un enfant porteur d'une malformation gastrique et qui est mort au 20^e jour.

On voit déjà poindre la syphilis dans cette hydrohématorrhée mais cette étiologie prend corps malgré la négativité du B.-W. lorsqu'on constate :

1^o Accouchement prématuré à 7 mois ;

2^o Disproportion fœto-placentaire notable puisque le poids du placenta est presque le quart de celui de l'enfant. Cette notion « de placenta lourd » est de première valeur en faveur de l'étiologie spécifique. La majorité des auteurs après Pinard et Bridier, Schwab, ont montré que la syphilis était très souvent la cause de ces hypertrophies placentaires. Et comme la femme avait des antécédents métritiques, n'est-il pas logique de penser que l'hydrohématorrhée a été provoquée par une métrite survenue chez une femme que l'on est en droit de classer parmi les syphilitiques héréditaires.

Voici maintenant deux observations intéressantes au double point de vue étiologique et thérapeutique.

•

OBSERVATION IV

Hydrohématorrhée chez une femme que son passé obstétrical chargé, doit faire considérer comme une spécifique.

Mme H..., 28 ans, 5^e pare.

1^{re} grossesse en 1924 : Enfant à terme, mort de méningite à 21 mois.

2^e grossesse en 1926 : F. c. de 3 mois ;

3^e grossesse en 1927 : enfant à terme, mort de convulsions à 7 mois ;

4^e grossesse en 1928 : F. c. de 5 mois.

Grossesse actuelle de 5 mois environ (D. R. = 8 au 13 décembre).

Procréateur différent.

Au début de février 1929 la femme remarque des pertes hydrohématorrhéiques rosées, sans caillots, indolores, discontinues durant 10 jours.

Depuis le 25 avril, l'écoulement reprend avec les mêmes caractères et ne cesse pas.

Examen le 23 mai :

Mouvements actifs perçus par la femme.

Utérus globuleux, dépasse l'ombilic de 2 cent.

Col conique, ramolli, dilaté comme cinquante centimes.

On constate journellement des métrorragies douloureuses, abondantes, de sang pur, avec quelques caillots.

Dès le 4 mai, malgré le B.-W. négatif, une thérapeutique anti-spécifique est instituée. On alterne le sulfarsénol par doses progressives de 0 gr. 12 à 0 gr. 24 avec l'iodure de potassium, 3 gr. tous les 3 jours.

Mais l'hématorrhée n'en continue pas moins, au contraire elle augmente, s'accompagne de caillots et devient fétide.

L'état général de la femme s'altère.

Son pouls s'accélère.

Et bientôt elle ne sent plus remuer.

Le 25 mai, avortement de 5 mois 1/2 environ en 2 temps :
fœtus de 740 gr.

placenta de 180 gr.

A partir de cette époque après des suites de couches normales, l'état de la malade s'améliore.

De cette observation d'hydrohématorrhée vraiment typique quant à la thèse que nous défendons, découlent les déductions suivantes.

1° La femme a été 5 fois enceinte, elle n'a actuellement aucun enfant vivant. Sur ces 5 grossesses, elle a fait 3 F. C. (f. c. de 3, 5, et 6 mois qui sont bien d'âge spécifique) et mis au monde 2 enfants morts en bas âge d'affections douteuses (méningite ou convulsions) ; toute l'histoire obstétricale (avortement et polyéthélie) concourt à fortifier l'hypothèse d'un terrain syphilitique malgré le W. négatif ; d'autant plus qu'il y a eu un accroissement progressif de la durée des grossesses ;

2° La disproportion fœto-placentaire (le fœtus est 4 fois plus gros que le placenta au lieu de l'être 6 fois) renforce encore cette hypothèse ;

3° Et dans ce cas particulier on peut admettre que si la femme n'était pas héréditaire, sa grossesse actuelle ne se serait pas accompagnée d'hydrohématorrhée ;

4° Par contre les adversaires de cette étiologie diront :

que la femme n'a aucun antécédent pathologique ;

que le W. est négatif :

que le traitement anti Σ n'a pas empêché l'avortement.

JEANSELME et PAUL LELÈVRE (1) disent en effet avec raison que les fausses couches, la mortinatalité, la polyléthalité ne sont pas toujours des signes indubitables de syphilis. Il faut penser aux avortements d'autres causes (malformations utérines, avortements criminels, etc...).

Cependant nous pensons que cette hydrohématorrhée est de nature spécifique. Même si nous nous trompons, nous croyons qu'il est logique d'instituer un traitement anti- Σ très actif, qui ne pourra être que fructueux pour les grossesses ultérieures.

OBSERVATION V

Hydrohématorrhée, sans doute syphilitique
et ayant nécessité l'intervention obstétricale.

Mme B..., Jeanne, qui a présenté une cystite avec leucorrhée il y a un an et dont la mère a fait une f. c.

Entre à Lariboisière le 10 mai pour des pertes sanglantes, accompagnant une grossesse de 6 mois (D. R. = 2 au 6 novembre).

Ces écoulements dont le début remonte au mois d'avril, consistaient d'abord en hydorrhée abondante qui progressivement s'est teintée de sang sans caillots.

L'hydrohématorrhée a été intermittente survenant de jour ou de nuit ; la femme dont l'état périlite perd soit de l'eau, soit du sang rouge au cours de coliques expulsives.

1. Jeanselme et Paul Lelèvre, *Progrès médical*, n° 51, 1925.

Examen le 10 mai :

l'utérus atteint l'ombilic,
col conique,
culs-de-sac libres.

D'urgence le traitement laudanisé auquel on adjoint le sulfar et le KI de la même façon que précédemment (iodure et sulfar alternant chaque jour).

Grâce à cette thérapeutique l'hydrohématorrhée tout en persistant diminue d'intensité, devient rosée, irrégulière ; les douleurs disparaissent, la femme se recoloré ; et la grossesse se poursuit pendant 1 mois avec des alternatives d'hémorragies et de repos.

La grossesse arrive ainsi au terme de 6 mois $1/2$ lorsque le 4 juin, brutalement, sans aucun prodrome, la femme extériorise une douleur violente.

Examen le 4 juin :

procidence du cordon,
col long, non effacé,
cordon plat, sans battements,
on n'entend pas le cœur fœtal.

Dans ces conditions M. DEVRAIGNE décide la pose d'un ballon de 150 cmc. après section du cordon entre 2 ligatures et réintroduction des 2 moignons du cordon.

10 heures après l'expulsion du ballon, accouchement spontané en siège complet d'une fille mort-née.

pesant 1.150 gr.

présentant des malformations au bras et à la jambe
gauches

placenta: 200 gr.

Cette hydrohématorrhée, parallèlement à la précédente, peut faire incriminer l'hérédos :

par les antécédents maternels de la femme ;
par les malformations de l'enfant mort-né ;
par la lourdeur du placenta ($1/4$).

Mais il ne faut pas oublier la haute valeur étio-

logique de la cystite et sans rechercher ce qui revient à chacun, nous expliquerons quant à nous, l'hydro-hématorrhée par une association gono-spécifique.

A côté de ces Hématorrhées rebelles au traitement et dont le pronostic fœtal a été si sombre, décrivons 3 Hydrorrhées tardives d'évolution bénigne, ayant permis ultérieurement un accouchement normal et où la thérapeutique s'est montrée heureuse.

OBSERVATION VI

Hydrorrhée cédant au traitement.

Il s'agit d'une femme ayant des antécédents nets de métrite, l'obligeant parfois à se garnir entre les règles.

Mme M... Henriette 30 ans, 3^e pare (les 2 premières grossesses normales).

Entre à l'hôpital le 7 mai 1929 pour des pertes aqueuses.

Enceinte de 6 mois environ (D.R. = 20-25 octobre), elle présente depuis 1 mois des écoulements blanchâtres ou jaunes, empesant le linge et s'accompagnant de douleurs abdominales ; tous signes qui ne lui ont pas fait abandonner ses occupations et ne l'ont pas fait consulter.

Le bilan obstétrical montre :

un utérus de 28 cm.

un fœtus gauche et vivant.

La femme est anémiée, son pouls est à 96.

Sous l'influence du repos absolu, des lavements landanisés et de 3 piqûres de sulfar avec 3 fois 3 gr. d'iodure :

les douleurs s'estompent,

l'hydrorrhée se tarit,

l'état général s'améliore.

Et après une mise en observation de 3 semaines, la femme est renvoyée chez elle, complètement guérie, après qu'on lui eut recommandé de cesser son travail.

OBSERVATION VII

Hydorrhée terminée par un accouchement à terme.

Mme B..., 23 ans a eu précédemment 2 grossesses normales.

Elle entre à Lariboisière le 3 février 1929, enceinte de 8 mois (D. R. = 25-28 mai) parce qu'elle « perd de l'eau ».

Cet écoulement a commencé au 6^e mois de la grossesse, il était aqueux, clair, abondant, continu et la femme entre à l'hôpital croyant qu'elle perd les eaux depuis 2 mois ; bien qu'elle n'ait présenté durant cette période :

aucune douleur,
aucun signe de travail.

Examen le 5 février :

Utérus latéroversé dont le fond siège à mi-hauteur entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde.

Présentation céphalique gauche.

Col haut, mou, long et perméable mais non dilaté.

Mouvements fœtaux actifs.

B. D. C. +.

L'accouchement se fait à terme.

Naissance d'un enfant vivant.

Suites de couches normales.

L'intérêt de cette observation est non seulement le bon pronostic de cette hydorrhée tardive que le repos a fait disparaître mais encore le Δ qu'elle pourrait poser à première vue avec une hydorrhée amniotique ou une rupture prématurée des membranes.

OBSERVATION VIII

Hydorrhée sans antécédents métriques, terminée par un accouchement normal.

Mme B... Yvonne, 22 ans, 2^e pare (F. C. de 3 mois en 1928, sans doute provoquée).

Entre à l'hôpital le 22 avril 1929, présentant une grossesse de 8 mois (D. R. = 25-27 juillet) parce qu'elle dit avoir perdu les eaux depuis 24 heures, assertion confirmée par le médecin traitant.

Il n'y a aucun antécédent pathologique et en particulier pas de pertes blanches.

Examen :

utérus de 32 cms.
col fermé,
présentation du siège, non engagée.
B. D. C. +.

Et on s'arrête d'autant moins au Δ hâtif de rupture prématurée des membranes que dans les jours qui suivent aucun signe de travail n'apparaît.

La grossesse continue d'évoluer normalement.

Grâce au repos et au laudanum, les douleurs disparaissent les pertes se tarissent.

Le Δ d'hydorrhée déciduale se précise. On ne peut lui opposer que celui de rupture de poche amnio-choriale.

Le 26 avril, grossesse normale.

B. D. C. +.

Le 4 mai, le poulx grimpe à 84 pour atteindre 100 le 8 mai, niveau auquel il reste jusqu'à l'accouchement.

Le 9 mai, présentation du siège :

dos à gauche ;
col long, non perméable.

Une version est tentée sans résultat.

Le 16 mai, nouvelle décharge hydorrhéique pendant la

nuit après des coliques expulsives. Mais les B. D. C. sont bons.

Le 23, présentation céphalique.

Le 24, accouchement normal :

 fille vivante de 2.260 gr.

 placenta de 350 gr.

Notons que le B.-W. de cette femme a été négatif ce qui n'a pas empêché d'instituer un traitement sulfarsénical.

OBSERVATION IX

Hématorrhée ayant nécessité l'avortement thérapeutique.

Nous allons montrer dans ce cas les difficultés de diagnostic et de traitement que des hémorragies qui n'étaient pas d'abord rattaché à leur cause ont fait naître.

Mme B., Marcelle, 31 ans, femme de ménage.

3^e pare. Grossesse de 5 mois (D. R. = 27 au 30 septembre 1929).

A. H. — Mère morte d'une embolie à 47 ans.

 Père et collatéraux bien portants.

A. P. — A eu une broncho-pneumonie.

Atteinte de Psoriasis depuis 5 ans, est soignée à St-Louis, pendant 2 ans par du quinby et de l'Enésol.

A. O. — F. C. de 4 mois en 1925, venue spontanément.

1^{re} grossesse normale en 1928, enfant vivant actuellement ; cet accouchement a été suivi d'une hémorragie ayant duré 3 jours et nécessité un tamponnement.

3^e grossesse. Le 12 novembre 1929, hémorragie durant 6 jours, sans caillots

Les 20, 25 et 27 décembre, hémorragies.

Du 11 au 23 janvier, hémorragie abondante et douloureuse.

Le 26 janvier admise à l'hôpital Bichat où l'on discute le Δ de fibrome ou de grossesse. Une montée laiteuse confirme alors l'état gravide.

Le 10 février, entre à la Maternité de Lariboisière.

Examen : Utérus presque à l'ombilic.

Col long, fermé, non perméable.

Cul-de-sac gauche douloureux.

Et on institue une thérapeutique reconstituante (hépatrol, hémostyl).

Le 13 février, nouvelle hémorragie.

Examen : utérus à l'ombilic.

Le 24 février, la femme a des pertes séro-sanguinolentes douloureuses.

Examen : l'utérus dépassé l'ombilic.

Le 28, B. D. C. + à droite.

Le 1^{er} mars, pertes continuelles de sang rouge, abondant, avec caillots.

Devant ces hémorragies répétées, non influencées par la thérapeutique (sulfar, iodure, repos absolu, laudanum) M. Devraigne décide la pose d'un ballon de 300 cmc. à 15 heures.

Alors contractions utérines bientôt continuelles.

Le 2 mars, à 17 h., expulsion du ballon suivie bientôt de celle d'un fœtus pesant 400 grammes.

Le 3 mars, à 10 h. délivrance naturelle complète (après quinine).

Placenta de 110 grammes.

Les hémorragies diminuent puis cessent complètement ; la femme a un peu de fièvre mais son état s'améliore rapidement.

Le B.-W. a été négatif.

A ces observations trouvées à Lariboisière, nous allons ajouter quelques cas d'hydrohématorrhée que nous avons étudiés durant notre internat dans le

service du Professeur RUDAUX à la Maternité de Port-Royal, ou qui nous ont été prêtés grâce à l'obligeance de notre maître ou de Mlle Mossé sage-femme en chef.

Nous avons choisi quelques-unes de ces hydrohématorrhées que nous résumerons brièvement et nous verrons dans un chapitre d'ensemble les arguments qu'elles apportent à notre thèse.

OBSERVATION X

Hydrohématorrhée. Avortement. Hérédo Σ .

Mme A. Germaine, 27 ans.

1^{re} grossesse en 1924, avortement de 3 mois.

2^e grossesse en 1924, normale.

3^e grossesse actuelle.

A. H. — Père mort à 43 ans d'affection pulmonaire.

Mère morte à 33 ans d'albumine (?)

6 collatéraux sur 9, morts en bas âge.

A. P. — Abscès à la fesse et à la cuisse droites.

La femme enceinte de 3 mois perd du sang et de l'eau depuis le début de sa grossesse. Elle expulse un fœtus macéré pesant 210 gr.

Le B. W. est positif.

Remarquons dans cette observation les antécédents héréditaires, personnels et obstétricaux chargés d'une femme dont l'enquête sérologique confirme l'hérédo-syphilis.

OBSERVATION XI

Hématorrhée. Accouchement prématuré.

Mme H. Olympe, 20 ans, 5 janvier 1929.

A. H. — Parents et collatéraux bien portants.

A. P. — Crises d'athsme.

A. O. — 1^{re} grossesse normale.

2^e grossesse actuelle.

Enceinte de 7 mois (D. R. = 20 mai 1928) la femme perd du sang de façon intermittente depuis le 4^e mois de sa grossesse.

Accouchement spontané le 5 janvier :

Fille vivante de 1.960 gr.

Placenta 420 gr., découronné, chair à saucisse.

L'enfant d'état précaire ne pousse pas bien qu'il soit mis d'emblée aux frictions mercurielles. Il ne peut être suivi, la femme partant au 8^e jour.

Le B.-W. est négatif.

Soulignons ici les antécédents athsmatiques (terrain spécifique de l'athsme dans certains cas pour quelques auteurs), les lésions placentaires, la dissociation de poids, l'accouchement prématuré sans attacher d'importance au Wassermann.

OBSERVATION XII

Petite hématorrhée. Accouchement prématuré.

Σ acquise.

Mme G. Thérèse, 27 ans, 4 février 1929.

A. H. — Père décédé à 37 ans de ?

A. P. — Plaques blanches dans la bouche il y a 3 mois.

A. O. — 1^{re} grossesse normale en 1925.

2^e grossesse: avortement de 4 mois en 1927. A ce moment une prise de sang (dit la femme) aurait été négative.

3^e grossesse actuelle de 6 mois 1/2 (D. R. = 30 juin).

La femme a perdu du sang mais l'hydrohématorrhée a cessé par le repos.

Accouchement le 4 février. Siège décompleté mode des fesses:

Fille vivante de 1.360 gr. mourant bientôt.

Placenta chair à saucisse de 360 gr.

Rétention presque totale de caduque épaissie.

Le B.-W. est positif.

Cette hydrohématorrhée a pour elle:

Les antécédents personnels (plaques buccales)
et obstétricaux de la femme.

La dissociation fœto-placentaire.

La sérologie positive.

Elle est spécifique sans aucun conteste.

OBSERVATION XIII

Hydrohématorrhée. Avortement. Blennorragie.

Mme G. Eugénie, 30 ans, 26 février 1929.

A. P. — Métrite et salpingite en 1928.

A. O. — 1^{re} grossesse normale en 1925.

2^e grossesse, avortement en 1928.

3^e grossesse actuelle, avec hémorragies depuis 2 mois; pertes de sang rouge ou noirâtre ou en caillots.

Avortement d'un fœtus de 3 mois pesant 280 gr.

Rétention placentaire. Curage digital: placenta chair à saucisse de 200 gr.

Ici l'étiologie gonococcique de cet avortement semble évidente.

OBSERVATION XIV

Hématorrhée d'étiologie obscure. Albuminurie.

Mme B. Madeleine, 30 ans, 22 février 1930.

A. H. — Mère décédée à 34 ans d'un refroidissement (?)

Pas d'A. P.

La femme a eu des hémorragies pendant les 6 premiers mois de sa grossesse (1^{er} pare D. R. = 1^{er} juillet) 3 à 4 jours par mois. Urines troubles avec albumine.

Application de forceps pour arrêt du travail.

Circulaire lache autour du cou. Liquide purée de pois.

Fille vivante 3.130 gr.

Placenta 630 gr.

Le B.-W. est négatif.

La croissance de l'enfant est normale.

OBSERVATION XV

Hydrohématorrhée. Hérédo Σ probable.

Mme B. Jeanne, 22 ans, 8 avril 1929.

A. H. — Parents et collatéraux bien portants.

A. O. — 2 grossesses normales.

1 avortement en 1927.

4^e grossesse actuelle de 7 mois (D. R. = 22 au 30 août).

La femme a des hémorragies depuis le 4^e mois.

Naissance d'un prématuré pesant 1900 gr.

Placenta 485 gr. avec noyaux graisseux sur la face utérine. Colletterte graisseuse. Rétention de caduque.

L'enfant pousse très mal, il est mis aux frictions mercurielles.

La femme refuse de se laisser prendre du sang pour le W

Remarquons dans cette observation :

la naissance d'un prématuré débile ;

les lésions du placenta qui est lourd (entre $1/4$ et $1/5$).

OBSERVATION XVI

Légère hydrohématorrhée. Gonococcie.

Mme M... Marie, 22 ans, 6 juin 1929.

Atteinte de vaginite granuleuse intense, présente des pertes blanches et verdâtres.

Entre à l'hôpital, enceinte à terme ; a eu des pertes sanguines durant sa gestation.

Accouchement d'un enfant de 3.180 gr.

Placenta découronné, collerette graisseuse, 480 gr.

OBSERVATION XVII

Hématorrhée. Avortement.

Mme J... Louise, 18 ans, 7 juin 1929.

Pas d'antécédents dignes d'être notés.

1^{re} pare, grossesse de 3 mois (D. R. : = 20 février).

Entre à la Maternité pour des pertes de sang avec caillots depuis 1 mois $1/2$.

Avortement. Fœtus : 100 gr.

Arrière-faix : 90 gr.

OBSERVATION XVIII

Hématorrhée. Avortement. Tuberculose (?)

Mme B... Antoinette, 33 ans, 11 juin 1929.

A. H. — Père mort à 70 ans de congestion pulmonaire.

Mère morte à 38 ans de tuberculose.

2 sœurs décédées de tuberculose.

A. O. — 6^e grossesse (les 5 autres normales).

La femme enceinte de 4 mois a des hémorragies depuis le début de sa grossesse. Hémorragies abondantes, répétées, qui l'ont incité à se faire hospitaliser.

L'avortement se produit. Il est suivi d'un curetage.

Dans ce cas on peut discuter l'hématorrhée par tuberculose familiale ou par manœuvres criminelles.

OBSERVATION XIX

Hydrohématorrhée. Accouchement prématuré.

Mme C. Claudia, 21 ans, 16 juin 1929.

A. H. — 4 collatéraux décédés à la naissance.

10 collatéraux bien portants.

1^{re} grossesse en 1928, enfant mort à 6 semaines de ?

2^e grossesse actuelle pendant laquelle la femme a saigné et a perdu de l'eau.

Fille vivante de 1.350 gr., meurt rapidement.

Placenta de 515 gr. inséré bas.

Caducque très épaisse, bords placentaires irréguliers. W. négatif.

Ici il faut mettre en vedette outre les antécédents ; l'énorme dissociation fœto-placentaire (moins de 1/3).

OBSERVATION XX

Hydrohématorrhée. Avortement. Multiparité.

Mme L... Marcelle, 32 ans, 28 juin 1929.

A. H. ou P. normaux.

5^e grossesse (les 4 premières à terme) de 4 mois (D. R. = 23 février).

La femme accuse des pertes d'eau et de sang depuis 6 semaines.

Avortement de 4 mois.

Fœtus de 280 gr. Arrière-faix 240 gr.

Le B.-W. est négatif.

Notons ici que la multiparité peut expliquer l'avortement.

OBSERVATION XXI

Hydrohématorrhée chez une spécifique.

Mme A... Marie-Louise, 29 ans, 22 août 1929.

Rien à noter dans les antécédents.

1^{re} grossesse, enfant vivant ; mort de broncho-pneumonie.

2^e grossesse actuelle à terme.

La femme a perdu du sang pendant les 3 premiers mois de sa gestation.

Accouchement spontané. Enfant 3.380 gr.

Placenta 550 gr.

Le B.-W. est positif.

OBSERVATION XXII

Hydrohématorrhée. Accouchement prématuré. Gonococcie.

Mme L... Alice, 24 ans, 26 novembre 1929.

A. H. — Père décédé de ?

Frère mort de tuberculose.

A. P. — Opérée d'un goître à 17 ans.

Ovariectomie droite à 20 ans.

Pertes blanches fréquentes.

1^{re} grossesse actuelle de 7 mois 1/2 (D. R. = 25 mars) pendant laquelle la malade dit avoir eu des hémorragies surtout les 4 derniers mois. Pertes diurnes et nocturnes très douloureuses.

Accouchement prématuré 2.950 gr.

Arrière-faix 610 gr.

Le B.-W. est négatif.

OBSERVATION XXIII

Hydrohématorrhée. Accouchement prématuré. Syphilis.

Cette dernière observation est tout à fait caractéristique par l'argument qu'elle apporte en faveur de l'étiologie spécifique de l'hématorrhée.

Mme G... Marthe, 31 ans, 7 août 1929.

A. H. — Parents et collatéraux bien portants.

A. P. — Notons une grippe en 1918 :

du rhumatisme articulaire aigu,

une pleurésie en 1920,

une métrite en 1920,

des coliques hépatiques durant la gestation.

A. O. — 1^{re} grossesse en 1920, normale (enfant actuellement bien portant).

2^e grossesse 1926. Avortement de 5 mois suivi d'hémorragie abondante.

3^e grossesse actuelle.

La femme vient à la Maternité, enceinte de 6 mois (D. R. = 12 au 18 janvier) parce qu'elle perd depuis 3 semaines des quantités plus ou moins abondantes de sang rouge liquide et d'eau, avec douleurs lombaires.

Examen du 7 août : Fœtus vivant et gauche.

Présentation céphalique.

Le 9, la femme a une hémorragie inquiétante accompagnée de fortes douleurs.

Le 11, accouchement spontané en sommet, naissance d'un garçon vivant de 1.450 gr.

Arrière-faix de 490 gr., d'aspect lavé ; caduque épaissie.

L'enfant meurt au 3^e jour.

Le ³B.-W. de la mère est trouvé partiellement positif.

Soulignons dans ce cas :

1^o l'antécédent d'avortement de 5 mois ;

2^o la dissociation fœto-placentaire considérable, 1/3.

3^o la naissance d'un prématuré ;

4^o le résultat de l'enquête sérologique.

et concluons à la nature syphilitique de cette hydrohématorrhée.

En résumé d'après toutes ces observations plus ou moins pures d'hydrohématorrhée nous voyons le polymorphisme pathogénique, la fréquente difficulté de confirmer une étiologie à laquelle on pense.

Cependant la blennorragie peut être incriminée

dans plusieurs cas (obs. I, II, VI, XIII, XVI, XXII).

Par contre cette étiologie manque aux hydorrhées VII, VIII, XIV, XVII, XX dans la production desquelles doivent entrer comme nous l'avons dit au début de ce travail, d'autres facteurs (constipation, syndrome entéro-génital) concourant à la formation de ces endométrites non gonococciques.

Ne peut-on pas rendre responsable la tuberculose de l'observation XVIII?

Quant à l'étiologie spécifique qui est de gros intérêt, elle est pour nous, à mettre au fronton des observations III, IV, V, IX, X, XI, XII, XV, XIX, XXI, XXIII. Au même titre que l'albuminurie gravidique qu'autrefois on rattachait toujours à une auto-intoxication gravidique de pathogénie mal expliquée et qu'aujourd'hui on fait rentrer dans les symptômes précoces d'une hérédosyphilis larvée, l'hydromatorrhée doit dans certains cas découler de cette maladie aux aspects protéiformes acquis ou héréditaires.

« Tout en nous défendant de voir la syphilis partout, nous croyons que la gestation constitue précisément une occasion de choix révélatrice de la nature exacte d'une lésion congénitale, d'une tare viscérale à peine connue ou entrevue et dont on ignorait l'étiologie » (M. DEVRAIGNE) (1).

Nous rappelant ce que nous a dit notre maître M. LEMELAND, nous devons aussi faire une place

dans l'étiologie de l'hydrohématorrhée aux maladies infectieuses qui produisent une modification de la texture de la muqueuse utérine.

Et l'on peut dire que ne fait pas qui veut une hydrohématorrhée. Terrain blennorragique, syphilis héréditaire ou acquise en sont souvent (NOUS NE DISONS PAS TOUJOURS) les parrains, parrains qui à l'occasion s'entendent du reste très bien. Et pour nous résumer nous dirons que l'hydrohématorrhée dans sa forme grave entraînant l'avortement survient sur un terrain héréd- Σ préparé par le gonocoque souvent.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Nous avons déjà vu que le pronostic est bénin lorsque l'hydrorrhée domine la scène, donc jusqu'au 4^e mois terme de fusion des caduques. Il existe du reste des hydrorrhées plus tardives qui restent pures, cèdent au repos et ne doivent pas être confondues avec les hydrorrhées amniotiques.

Mais après cette échéance, lorsque l'hémorragie remplace la perte d'eau, qu'il s'agisse ou non d'insertion basse, l'œuf se décolle dans un utérus infecté comme le montre la feuille de température et il est expulsé. Il faut se méfier alors des rétentions ovulaires et placentaires et intervenir d'urgence.

Le pronostic fœtal de l'hématorrhée est donc très sombre, l'avortement en est presque la sanction inévitable malgré la thérapeutique.

Nous voudrions maintenant insister sur les accidents maternels dont s'accompagne l'hydrohématorrhée. Et l'on peut admettre à ce propos que le nombre des hydrohématorrhées est bien plus grand qu'on ne le croit si l'on fait rentrer dans ce cadre nosographique quelques-unes des fausses couches inexplicables survenant chez des femmes en appa-

rences saines et qui n'ont certainement pratiqué aucune manœuvre criminelle.

Les diverses endométrites et surtout celles, insidieuses, nées de la lointaine blennorragie du conjoint, ou d'une syphilis remontant à une ou deux générations, expliquerait fort bien ces hydrohématorrhées étiquetées rapidement fausses couches.

En règle ce n'est qu'après plusieurs avortements ou plusieurs cas troublants de mort du fœtus qu'on pense à la syphilis et qu'on en triomphe par un traitement énergique.

Mais surtout il faut envisager le pronostic maternel de cette affection qui, si elle tue l'enfant, peut aussi bien tuer la mère.

Nous avons déjà vu l'acuité de l'anémie causée par ces hémorragies répétées, l'état fébrile et l'on comprend le cas de conscience du praticien qui discute alors l'interruption de la grossesse (obs. I et IX) en se basant sur les critères décrits à cette occasion. Avortement thérapeutique donc, mais il est à pratiquer chez une femme défaillante, fébrile, handicapée peut-être par un passé génital chargé. Avortement auquel on se résoudra à contre-cœur en réservant le pronostic, vu les risques d'infection puerpérale dont la femme sera incapable de supporter les frais. Avortement qui sera commandé par :

l'anémie de la malade.

son pouls,

sa température.

De plus même si la femme atteint le terme de sa gestation, il faut envisager la possibilité d'adhérence anormale du pôle inférieur de l'œuf qui vient gêner la dilatation cervicale. C'est en se basant sur des antécédents d'hydrorrhée que l'on pratiquera une rupture prématurée des membranes, que l'on rendra au col sa souplesse en le libérant d'adhérences. Même notion qu'expliquera le retard de la délivrance par adhérences placentaires.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Nous serons très brefs sur ce chapitre que nous avons déjà étudié au cours de ce travail.

On éliminera rapidement les liquides vaginaux, épais, blanchâtres ou verdâtres, peu abondants et continus; les liquides de cervicite sont aussi verdâtres et consistants.

Le diagnostic le plus difficile est celui de l'hydrorrhée déciduale d'avec l'hydrorrhée amniotique. Cette dernière est abondante (500 gr.), continue, n'empêche pas le linge. Enfin le toucher vaginal en refoulant la présentation permet l'écoulement de liquide amniotique.

Quant à l'hématorrhée elle peut faire discuter le placenta prævia mais c'est une cause bien voisine. Un cancer du col, un fibrome, les diverses métrorragies de la grossesse ont des signes bien particuliers. Il en est de même de l'hémorragie rétro-placentaire.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

La thérapeutique de l'hydrohématorrhée, nous l'avons vu déjà bien souvent, est selon les cas heureuse ou décevante.

Repos absolu, injections tièdes, lavements laudanisés en sont la base. On peut y ajouter l'*Hydrastis canadensis* (XL à LX gouttes) la teinture de *viburnum* (XX gouttes).

Nous ne voulons plus encore insister sur la valeur du traitement anti-spécifique.

Iodure de potassium : 3 grammes tous les 3 jours, ou
0 gr. 50 par jour.

Sulfarsénol.

Accessoirement quinby.

Si l'hématorrhée exige une thérapeutique plus brutale on se résoudra à l'avortement thérapeutique après dilatation aux bougies de Heggar.

Si c'est nécessaire, section du col, curage digital, écouvillonnage doux et désinfection prudente de la cavité utérine (iodage, glycérine créosotée, essence de térébenthine, vaccins).

Parfois il est urgent de mettre un tamponnement utéro-vaginal de quelques heures.

S'assurer évidemment toujours que l'utérus est bien vidé en cas d'avortement incomplet.

Si la gestation va à terme, se méfier des adhérences du pôle inférieur de l'œuf, penser aux adhérences placentaires.

Dans les suites de couches glacer l'utérus, rester dans l'expectative armée de peur d'une infection puerpérale. •

CONCLUSIONS

1° L'hydrohématorrhée n'est pas une affection obstétricale rare puisque dans notre statistique de Lariboisière nous l'avons trouvé 8 fois dans les 4 premiers mois de 1929, soit dans la proportion de 1 sur 70 ;

2° Son étiologie est discutée ; nous attachons une grande importance non seulement à la métrite blennorragique mais surtout au terrain spécifique acquis ou héréditaire avec les restrictions que nous avons vues, mais aussi avec les arguments tirés de l'enseignement de nos maîtres, et des résultats des 11 observations sur les 23 que nous avons étudiées ;

3° En résumé nous dirons que si en face d'une Hydrohématorrhée on est obligé de faire un pronostic réservé, quant à la vie de l'enfant, on ne risque rien surtout si les antécédents vous y conduisent, à tenter un traitement anti-syphilitique ;

4° En cas d'hydrohématorrhée, il faut donc fouiller l'histoire de la malade et de ses ascendants, faire toujours une enquête sérologique en n'y attachant

du reste qu'une valeur relative, considérer cette affection comme l'un des réactifs obstétricaux du tréponème et traiter rapidement de telles femmes par l'iodure de potassium que BONNAIRE employait déjà et par le sufarsénol.

Si cette notion d'Hérédo-syphilis n'est seulement juste que pour une minorité d'Hydrohématorrhées, cela nous suffirait largement que quelques malades en fassent leur profit.

Vu : le Président de thèse,

COUVELAIRE.

Vu : le Doyen,

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AURÉGAN. — De l'hydrorrhée déciduale (thèse de 1897).
- BALARD. — *Gazette hebdomadaire des Sociétés médicales de Bordeaux*, n° 40, 1926.
- BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements.
- BAUMM. — Influence de la syphilis dans les accouchements prématurés.
- BOND. — *Journal de physiologie de Londres*, 1898.
- BOUILLY. — Des exsudats séreux juxta-utérins. *Semaine gynécologique* de Paris, 1898.
- COSTANOS (CARLOS ALBERTO). — Gynécologie et obstétrique, 1928.
- COTTE (GASTON). — Appareil génital de la femme.
- DALCHÉ. — Catarrhe utérin. *Bulletin général de thérapeutique*. Paris, 1901.
- DEMELIN et DEVRAIGNE. — Manuel de l'accoucheur.
- DERVILLE. — De l'hydrorrhée utérine non gravidique. Thèse de Paris, 1926.
- DEVRAIGNE. — Syphilis et albuminurie gravidiques. *Bulletin médical* du 26 décembre 1929.
- Syphilis héréditaire larvée. *Revue médicale française* de 1929.
 - Valeur du dosage de l'hémoglobine. Thèse de 1906.
 - Métrites et gestation. *La gynécologie*, juillet 1929.
- DOLÉRIS. — Métrites et fausses-métrites.
- DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'accouchements.
- GARIPUY et BONHOURS. — Albuminurie chez la femme enceinte et syphilitique. Toulouse.
- JEANNIN. — Thérapeutique obstétricale.
- JEANSELME et PAUL LEFÈVRE. — *Progrès médical*, n° 51, 1925.
- LAFONT et MÉLE (D'ALGER). — Valeur de la réaction de Wasser-

mann au cours de la grossesse. *Gynécologie et obstétrique*, 1928.

LEMAIRE. — Des endométrites hémorragiques ou hydro-hémorragiques des six premiers mois de la grossesse. Paris, 1900.

MAYGRIER et SCHWAB. — Précis d'Obstétrique.

POLANCO. — L'albuminurie d'origine syphilitique chez la femme enceinte. Thèse de Paris, 1928.

SCHUCKING. — *Gazette gynécologique de Leipzig*, 1904.

SIREDEY. — Hygiène des maladies des femmes.

TRANGOTT. — *Journal médical de Munich*, 1918.

TIXIER. — Il faut traiter les hérédosyphilitiques apparemment sains. *Revue Médicale française*, 1929.

VERNIER. — La part de la syphilis dans certaines albuminuries de la gestation. Thèse de Paris, 1927.

VIGNES. — Hydrorrhée déciduale. *Les Sciences médicales*, novembre 1929.

— Les accidents de la gestation et de l'accouchement chez les femmes syphilitiques. *Paris Médical*, mars 1924.

— Traitement de la syphilis au cours de la gestation. *Journal des Praticiens*, juillet 1924.

